

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



MANEJO DE CONDUCTA A PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES EN LA
CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

Por

GABRIELA JIMÉNEZ HERRERA

CIRUJANO DENTISTA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Mayo 2012

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL ÁREA DE
ODONTOPEDIATRÍA

Diciembre 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL ÁREA DE
ODODONTOPEDIATRÍA

**MANEJO DE CONDUCTA A PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES
EN LA CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA**

Los miembros del jurado aceptamos la investigación y aprobamos el documento que avala la misma, como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría

HONORABLES MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Jaime Adrián Mendoza Tijerina
Presidente

Dra. Martha Elena García Martínez
Secretario

Dra. Hilda H. H. Torre Martínez
Vocal

MANEJO DE CONDUCTA A PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES EN LA
CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA

Asesor de la Tesis

Dra. Martha Elena García Martínez
Directora

Dr. Jaime Adrián Mendoza Tijerina
Co-Director

Dra. Hilda H. H. Torre Martínez
Asesor Metodológico

Dr. Medardo Gómez Anguiano
Asesor Temático

M.S.P. Gustavo Israel Martínez González
Asesor Estadístico

Dra. Martha Elena García Martínez
Coordinadora del Posgrado de Odontopediatría

Dr. Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda
Sub-Director de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

A Dios. Por haberme permitido llegar a terminar una meta más en mi vida, por siempre estar conmigo en todo momento, ser mi mejor guía y compañero en todo este largo camino.

A mis padres. Porque gracias a ellos soy lo que soy, por apoyarme a cumplir mis sueños y darme toda mi educación, tanto académica como de la vida, este gran logro es de ustedes, gracias por siempre estar conmigo en mis días difíciles como en mis días felices, por siempre alentarme a seguir adelante cuando creía que no podía más. Gracias. Los amo.

A mi madre.

Gracias gordita bella por haberme acompañado en casi todo este recorrido, por apoyarme desde la primera vez que decidí salir de casa a emprender un nuevo vuelo y por decir un Sí cuando decidí realizar un posgrado. Te dedico éste y cada uno de mis futuros logros, gracias por tu gran ejemplo de vida, lucha y fortaleza, porque gracias a eso pude seguir adelante cuando todo se tornó gris. Definitivamente todo esto es gracias a ti, gracias por tus consejos, tus palabras y ese "tú puedes", por guiarme día a día desde el cielo y por tu presencia constante en mi corazón que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada gracias por tu amor incondicional y nunca soltarme de la mano. Te amo y te extraño con todo mi corazón.

A mi padre.

Por el gran ejemplo de lucha y perseverancia que te caracterizan, por enseñarme siempre a nunca darme por vencida y seguir adelante, por el apoyo tanto económico como moral a lo largo del posgrado, por siempre recordarme lo buena que soy en lo que hago y sobretodo gracias por creer en mí, gracias por ser mi guía junto con mami todo este tiempo, te admiro y te respeto demasiado. Te amo con todo mi corazón.

A mis hermanos.

Por estar conmigo y apoyarme siempre, por sus ánimos para seguir adelante día a día y recordarme que yo puedo con todo lo que me proponga, para mí ustedes son un gran ejemplo tanto en la vida profesional como en la personal y me inspiran a seguir esforzándome. Los amo

A mi novio.

Por siempre estar a mi lado y recorrer este largo camino junto a mí, apoyándome y animándome a seguir adelante y nunca desistir, por darme ese abrazo cuando lo necesité y recordarme que puedo lograr todo lo que me proponga, pero sobretodo gracias por confirmarme día a día que juntos somos un equipo. Gracias por tu comprensión, paciencia y amor a lo largo de este tiempo, ahora nos toca cumplir nuestro gran sueño. Te amo.

A mi directora de tesis.

Gracias por su apoyo a lo largo de estos 2 años, por sus consejos, su paciencia y su tiempo para lograr terminar este proyecto que juntas iniciamos. Gracias por la confianza y por creer en mí.

A mis asesores de tesis.

Dr. Jaime, Dra. Hilda, Dr. Medardo y Lic. Gustavo, gracias por su apoyo en este proyecto, por sus opiniones, sus consejos, por sus correcciones y sus regaños cuando los llegué a necesitar. Valoro todo el esfuerzo y fe que pusieron en mi proyecto.

A mis compañeras.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación durante estos 2 años, gracias por sus consejos, su paciencia, su amistad y sobre todo su apoyo en todo momento, en todo este tiempo aprendimos a conocernos y querernos tal como somos, el posgrado me regaló 5 maravillosas hermanas y doy gracias a Dios por haberlas puesto en mi camino, mejor generación no me pudo tocar. Las quiero mucho.

A mis maestros.

Por su gran apoyo y motivación, gracias por todo lo que me enseñaron durante estos 2 años y por sus consejos, realmente valoro cada palabra y cada enseñanza que plasmaron en mí, todos marcaron directa o indirectamente cada etapa de mi camino durante mis estudios.

Al personal no docente. Gracias por siempre estar dispuestas ayudarnos en todo lo que necesitáramos y darnos palabras de aliento cuando las llegamos a necesitar.

A CONACYT Por su apoyo financiero para poder continuar y terminar mi tesis. Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

Sección	Página
AGRADECIMIENTOS	v
LISTA DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
 1. INTRODUCCIÓN	 1
Planteamiento del problema.....	2
Justificación.....	3
Hipótesis	3
Objetivos.....	3
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
 2. ANTECEDENTES	 4
2.1 Manejo de conducta.....	5
2.2 Pacientes con capacidades diferentes.....	8
 3. MARCO DE REFERENCIA.....	 14
 4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	 20
4.1 Universo de estudio.....	21
4.2 Tamaño de Muestra.....	21
4.3 Criterios de selección	
4.3.1 Criterios de inclusión.....	21
4.3.2 Criterios de exclusión.....	22
4.3.3 Criterios de eliminación.....	22
4.4 Variables.....	22
4.4.1 Variables dependientes.....	22
4.4.2 Variables independientes.....	22
4.5 Descripción de Procedimientos.....	23
5. RESULTADOS	25

6. DISCUSIÓN.....	29
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34
8. TABLAS.....	36
9. LITERATURA CITADA	43
10. ANEXOS.....	48

LISTA DE TABLAS

I. Edad y género de los pacientes.....	37
II. Tipo de discapacidad y nivel de lesión.....	37
III. Comportamiento del paciente en la primera cita antes de aplicar la técnica de manejo y técnica de conducta en la cita 1.....	38
IV. Comportamiento del paciente en la primera cita después de aplicar la técnica de manejo y técnica de conducta en la cita 1.....	38
V. Comportamiento del paciente en la primera cita al momento de utilizar los instrumentos rotatorios y técnica de conducta en la cita 1.....	39
VI. Comportamiento del paciente en la primera cita antes de aplicar la técnica de manejo y técnica de conducta en la cita 2.....	39
VII. Comportamiento del paciente en la primera cita después de aplicar la técnica de manejo y técnica de conducta en la cita 2.....	40
VIII. Comportamiento del paciente en la primera cita al momento de utilizar los instrumentos rotatorios y técnica de conducta en la cita 2.....	40
IX. Clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología y nivel de lesión.....	41
X. Clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología y nivel de lesión.....	41
XI. Clasificación de nivel de cooperación entre la cita 1 y cita 2.....	42

RESUMEN

RESUMEN

Gabriela Jiménez Herrera

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Odontología

Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatria

Título del estudio: Manejo de conducta a pacientes con capacidades diferentes en la consulta odontopediátrica.

Introducción: El manejo de conducta en la consulta odontopediátrica paciente infantil es un componente clave para el éxito en la Odontopediatria. Uno de los principales retos en la Odontopediatria es el manejo de la conducta, lo que constituye un elemento fundamental en el éxito de la especialidad, así mismo se podría considerar un reto más grande el manejo de conducta dental en pacientes con capacidades diferentes tanto físicas como mentales o ambas.

Objetivo: El propósito de esta tesis fue identificar qué técnica de manejo de conducta es la más indicada para ser aplicada a pacientes con capacidades diferentes tanto física como mental que acudan a la clínica del Posgrado de Odontopediatria de la UANL.

Materiales y Métodos: Se observó la conducta de 20 pacientes con capacidades diferentes tanto física como mental, elegidos aleatoriamente, hombres y mujeres de 5 a 25 años de edad cronológica para así poder evaluar el comportamiento del paciente ante la consulta así como la técnica que más se utiliza para favorecer la cooperación del paciente durante la primera cita y en la cita subsecuente.

Resultados: Los resultados generales obtenidos de este estudio mostraron que no existe diferencia significativa entre la proporción de pacientes cooperadores en la primera cita al compararlos con la segunda cita. Siendo la técnica de manejo de conducta decir - mostrar - hacer la más utilizada por el odontopediatra ya que los pacientes con capacidades diferentes tanto física como mental mostraron una mayor seguridad al interactuar con ellos ya que permite que el paciente conozca y se familiarice con el procedimiento antes de realizarlo.

Conclusiones: Los pacientes con capacidades diferentes tanto física como mental no están limitados para que se lleve a cabo el tratamiento en el sillón dental. Es de suma importancia que el paciente con capacidades diferentes tenga tiempo de adaptación con el ambiente y el odontopediatra, ya que ellos retienen más fácilmente de manera visual que de manera verbal.

Director de Tesis: PhD, Martha Elena García Martínez _____

Área de estudio: Odontopediatria

Palabras Clave: Capacidades diferentes, Conducta, Decir-Mostrar-Hacer

ABSTRACT

ABSTRACT

Gabriela Herrera Jiménez

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Odontología

Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría

Study Title: Behavior management in disabled patients in the pediatric dentistry consultation.

Introduction: The behavior management of the patient is a key element to success in Pediatric Dentistry. In the case of disabled patients, this can be considered as the major challenge for treatment success.

Objective: The purpose of this thesis was to analyze which behavior management technique was the most appropriate to be used in disabled patients who were treated at the Graduate Dentistry, UANL clinic.

Materials and methods: For this study, 20 mental and physical disabled patients, men and women, randomly selected, from 5 to 25 years old were analyzed in order to evaluate the patient behavior in the dental consultation, as well as the best technique to be used in order to stimulate the good behavior of the patient during the first and the following dental consultation.

Results: The general results of this study shown that there is no meaningful difference between the portion of cooperative patients during the first dental consultation compared with the second one. The Tell – Show – Do technique for behavior stimulation was used by the pediatric dentist, because mental and physical disabled patients showed more confidence when interacting with them due the patient know and interact with the procedure before it is done.

Conclusions: Mental and physical disabled patients have no limitations at the moment of the treatment in the dental chair. It is very important that the disabled patient have adaptation time with the environment and the pediatric dentist, due this patient memorize more easily visually than in verbal way.

Director of Thesis: PhD, Martha Elena García Martínez _____

Area of Study: Dentistry

Keywords: Disabled Patients, Behavior, Tell-Show-Do

1. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El manejo de conducta en Odontopediatría es primordial para el trato al paciente. Así mismo, es de primordial importancia contar con conocimientos de psicología o desarrollo del niño para elegir la mejor técnica que ayude a manejar su comportamiento de acuerdo a la edad y las necesidades del tratamiento. El objetivo de las técnicas consiste en realizar un tratamiento odontológico adecuado, así como guiar al paciente y educarlo desde una edad temprana para el cuidado de su salud bucal.

Es de suma importancia que el odontopediatra tenga conocimiento total de las técnicas de manejo de conducta ya que son parte medular en la atención dental al paciente pediátrico, por lo que es primordial que estas técnicas sean instruidas y dominadas por el odontopediatra.

El odontopediatra debe de tener control total en las diferentes técnicas de manejo de conducta: decir-mostrar-hacer, reforzamiento positivo, desensibilización, imitación, modelamiento, control de voz, restricción física, entre otras, para así poder aplicarlas tanto en pacientes sanos como en pacientes con capacidades diferentes, y así poder atenderlos en el consultorio dental.

El saber llevar a cabo el manejo de conducta de un paciente pediátrico, es primordial para “el éxito o el fracaso” del tratamiento en la odontopediatría. Se debe tener conocimiento del desarrollo del niño tanto físico, mental y emocional. Y así el odontopediatra podrá elegir la técnica adecuada para el manejo del comportamiento y así efectuar con éxito el tratamiento.

Planteamiento del problema

¿Cómo elegir y aplicar la técnica de manejo de conducta ideal en un paciente con capacidades diferentes de acuerdo a su grado de afectación mental?

Justificación

Determinar el comportamiento de los pacientes con capacidades diferentes tanto físicas como mentales, reconociendo las diferentes técnicas que se pueden utilizar tanto en pacientes con capacidades diferentes como en pacientes aparentemente sanos en relación a estos aspectos: físico, emocional y mental.

Hipótesis:

La técnica de manejo de conducta para la atención odontológica más favorable utilizada en pacientes con capacidades diferentes tanto físicas y mentales es la restricción física.

Objetivo general

Identificar que técnica de manejo de conducta es la más indicada para ser aplicada a pacientes con capacidades diferentes tanto física como mental que acudan a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UANL.

Objetivos específicos

- Determinar a través de la observación el comportamiento del paciente con capacidades diferentes en la cita inicial.
- Observar el comportamiento del paciente con capacidades diferentes al momento de trabajar con instrumentos rotatorios.
- Identificar la respuesta a las diferentes técnicas de manejo de conducta.

Clasificación del estudio

Clínico, Descriptivo, Observacional, Comparativo, Longitudinal.

2. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

2.1 Manejo de conducta

El manejo de conducta del paciente infantil es un componente clave para el éxito en la Odontopediatria. Uno de los principales retos en la Odontología Pediátrica es el manejo de la conducta, lo que constituye un elemento fundamental en el éxito de la especialidad. (Islas et al. 2007)

La cooperación del paciente es fundamental para permitirle al Odontopediatra efectuar su tratamiento, haciendo que éste sea lo menos desgastante para ambos, esta condición se puede lograr cuando el paciente confía en el profesionalista, y puede mantenerse si los padres o los cuidadores también tienen esta confianza; ya que las opiniones de los adultos influyen de un modo importante en las vidas de los niños . (García Martínez, 2010)

Los métodos que utilice el Odontopediatra para abordar y tratar a un niño son determinantes en las reacciones y actitudes en los procesos odontológicos; las técnicas que se emplean para manejar las emociones del niño, comprenden procedimientos que crean cambios en su comportamiento, incrementando su autocontrol.

La comunicación puede suprimir el miedo y la ansiedad, enseñando mecanismos apropiados y guiando al niño a ser cooperador, estar relajado y seguro de sí mismo durante la consulta dental. (AAPD, 2008) Por lo tanto, el dentista que atienda a niños deberá tener una variedad de enfoques en las técnicas de manejo de conducta, siendo capaz de evaluar el nivel de desarrollo, actitud y temperamento, para así poder predecir la reacción del niño. (Jiménez Salinas, 2011)

Existen innumerables técnicas de manejo de conducta, las más utilizadas son: desensibilización, modelamiento, reforzamiento positivo, decir-mostrar-hacer, control de voz y restricción física.

- Desensibilización

Utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Inicia el profesional por efectuar los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más complicados al final. (Soto and Reyes, 2005)

- Modelamiento

Reduce los comportamientos negativos y alivia la ansiedad, estimulando al niño a aprender la respuesta o el comportamiento apropiado para realizar un procedimiento a través de la experiencia de otros; a través de la observación de otro niño con buen comportamiento durante el tratamiento. Es más efectivo cuando: el modelo observado posee características similares a las del niño objetivo (por ejemplo, mismo género y edad); el modelo es observado desde la entrada, tratamiento, salida de la consulta y cuando éste es recompensado por su buen comportamiento. (Abanto et al., 2010)

- Reforzamiento Positivo

Busca reforzar un buen comportamiento, elogiando al niño. Se realiza de inmediato y repetidamente en varias ocasiones con el objetivo de condicionar positivamente el comportamiento. Se acompaña frecuentemente con la técnica de decir-mostrar-hacer. (Nava Aguado and Frago Ríos, 2012)

- Decir-Mostrar-Hacer

Se le explica al niño dependiendo de su nivel cognoscitivo; siendo el objetivo disolver sus temores y responder a las inquietudes del paciente. Haciendo demostraciones táctiles, visuales, auditivas u olfatorias de los procedimientos a realizar y así terminar el tratamiento. Está contraindicada en pacientes que no comprenden lo que se le trata de explicar. (Rodríguez Vázquez and Silvio C, 2009)

- Control de voz

Se basa en guiar la atención del niño con el cambio de voz, aumentando el tono durante la conversación para obtener el mando e influir en la conducta del paciente y poder dirigirla. Está indicada en el paciente que no coopera, ni presta atención. Su limitación es en niños que no sean capaces de comprender debido a su edad, incapacidad, medicamentos o inmadurez emocional. (Soto and Reyes, 2005)

- Restricción Física

Se utilizan aditamentos que restringen los movimientos durante una intervención clínica, diagnóstica, preventiva, restaurativa o para cualquier cita de emergencia. Pueden ser empleados aditamentos y aparatos mecánicos y también puede aplicarse directamente con las manos o cuerpo del operador, asistente, ayudante o padre de familia (restricción física corporal). (González Umaña, 2005)

El Odontopediatra utiliza la Escala de Frankl para medir la conducta del paciente durante el tratamiento, la cual está basada en el comportamiento que presente el paciente durante la consulta y se clasifica en:

- Frankl 1 (Definitivamente negativo)

El paciente se rehúsa al tratamiento, llorando enérgicamente, temeroso o cualquier otra evidencia de negatividad extrema.

- Frankl 2 (Negativo)

El paciente está renuente a aceptar el tratamiento, no cooperativo, alguna evidencia de su actitud negativa pero no pronunciada.

- Frankl 3 (Positivo)

El paciente acepta el tratamiento; en algún momento cauto, en algún momento reservado, sigue las instrucciones del dentista de manera cooperativa.

- Frankl 4 (Definitivamente Positivo)

El paciente muestra buena relación con el dentista, interesado en los procedimientos dentales, riéndose y gozando de situación. (Pardo Aldave et al, 2009)

2.2 Pacientes con capacidades diferentes

Se define a un paciente con capacidades diferentes a todo aquello que presente problemas en cuanto al uso de alguna función corporal, sensorial o intelectual. Significa una desventaja para su desenvolvimiento en el medio social y su relación con otras personas.

En épocas anteriores se les llamaba discapacitados, especiales o excepcionales, siendo personas que física, mentalmente o por su comportamiento se diferencian de las demás.

Samuel Kirk (1974) define como excepcional a aquel niño (o persona) que presenta características mentales, físicas o sociales que se apartan del promedio de los niños normales de su misma edad y que debido a esto es necesario modificar, la práctica docente o brindarles una educación especial y diferente para que desarrollen y alcancen su máxima capacidad. (Demicheri, 2008)

Según la OMS en su clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y misnusvalías publicada en 1980 una discapacidad "es toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. La discapacidad presenta trastornos en el plano de la persona, y sus principales subclases se refieren al comportamiento, la comunicación, los cuidados normales, la locomoción, la disposición corporal, la destreza (en particular las habilidades) y situaciones específicas. (Ríos González and Silot Wilson, 2006)

En la actualidad las enfermedades discapacitantes van en incremento en todos los países, se ha catalogado como un serio problema para ellos, atribuyéndose esto a factores genéticos, trastornos pro , peri y post natales; además del uso y consumo de drogas. (Ríos González and Silot Wilson, 2006)

El 14 de Enero de 1997, la Asamblea de las Naciones Unidas aprobó la "Declaración de los Derechos de los Discapacitados" en su artículo número 6 dice: "El discapacitado tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de ortesis

y prótesis, la rehabilitación médica y social o la educación; a la formación de profesionales, a las ayudas, consejos, servicios de empleo y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social" (Organización de las Naciones Unidas. Declaración de Derechos de los Discapacitados. Dirección Nacional de Rehabilitación de la Argentina. Buenos Aires, 1981). (Castañeta Tan and Rodríguez Calzadilla 2001)

Los pacientes con capacidades diferentes en su mayoría están medicamente comprometidos, requiriendo para su atención odontológica integral; maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especiales, con capacidad de atender en el consultorio las necesidades que éstos generan y procedimientos de rutina como la profilaxis. (González Umaña, 2005) (Morales Chávez, 2008) Sin embargo, en algunas ocasiones las técnicas de manejo de conducta son insuficientes y la única alternativa es el tratamiento bajo anestesia general para proveer un tratamiento de calidad, ofreciendo los menores inconvenientes para el paciente. Cabe mencionar que estos tratamientos de sedación y anestesia sólo pueden ser llevados a cabo por profesionales capacitados en los campos de anestesia y odontopediatría. (Barrios Lambruschini et al , 2009)

Los factores bucales que se presentan con frecuencia en estos pacientes; malformaciones congénitas, los defectos del desarrollo, deficiencias funciones orales, hábitos nocivos como el bruxismo, el empaquetamiento de comida o las lesiones orales por autoagresión. Las patologías más frecuentes que podemos observar son: gingivitis, periodontitis, caries dental, traumatismos dentales, maloclusiones y lesiones irritativas sobre la mucosa oral. (Donat, 2011)

Habitualmente podemos observar en el grupo de pacientes con capacidades diferentes una deficiente higiene buco dentaria con elevado índice de placa o gingivitis, presencia de cálculo o de sarro en edades muy precoces, intensa halitosis y restos alimenticios adheridos a mucosas y dientes, predominio de dietas blandas, ricas en hidratos de carbono y con un alto contenido de sacarosa, alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, hipertrofias gingivales producidas por hidantoínas, infecciones e inflamaciones crónicas o agudas recidivantes. (Castañeta Tan and Rodríguez Calzadilla 2001)

Las causas de la enfermedad bucal en sujetos con discapacidad son: el miedo de los padres para realizar el cepillado; la falta de información, hábitos alimentarios inadecuados y poca ingestión de líquidos. Esto sumado a la escasa autoclisis por trastornos deglutorios, facilitando la retención de placa bacteriana, el desarrollo de caries y de la enfermedad periodontal. La falta de asesoramiento de un profesional y la ingesta de medicamentos, hace disminuir la secreción salival, aumentando los problemas bucodentales.

Los métodos que se usan en el tratamiento dental para niños con discapacidades son distintos a los que se usan en niños sin discapacidad.

Clínicamente se clasifican a los niños discapacitados en las siguientes 3 categorías:

a) desórdenes motrices funcionales, b) desórdenes mentales, c) desórdenes internos o quirúrgicos. (Ríos González and Silot Wilson, 2006)

Existen diversos niveles de atención en la asistencia bucodental en pacientes discapacitados, entre los cuales encontramos:

Equipos dentales de atención primaria

- Captación del paciente con discapacidad.
- Educación en salud bucodental a los responsables.
- Evaluación de la salud bucodental.
- Valoración de la conducta.
- Establecer un plan de tratamiento bucodental provisional.
- Realizar tratamientos odontológicos sencillos.

Equipos especializados a nivel ambulatorio

- Reevaluación del paciente.
- Tratamientos complejos bajo anestesia local mediante manejo de conducta, restricción física y/o premedicación.

Equipos odontoestomatológicos a nivel hospitalario

- Reevaluación.
- Tratamientos complejos o extensos que requieran de anestesia general en unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA).
- Pacientes discapacitados de alto riesgo médico. (Donat, 2011)

El primer paso para realizar el tratamiento a estos pacientes es determinar si éste se debe realizar de forma ambulatoria con anestesia local o debe ser hecho en una unidad hospitalaria bajo anestesia general. Esto dependerá de la valoración inicial respecto al grado de colaboración y la patología bucodental que presenten. (Donat, 2011)

Clasificación para los pacientes discapacitados elaborada por Funakoshi, Kushida, Kanomi, Hieda. (Funakoshi et al, 1980)

H-0	Pacientes que permiten realizar los procedimientos dentales sin decisión.
H-1	Pacientes que son un poco renuentes a recibir el tratamiento.
H-2	Pacientes que no permiten que se lleve a cabo el procedimiento dental. Se necesita restricción manual del asistente y los padres.
H-3	Pacientes que no permiten que se lleve a cabo el procedimiento dental. Aparte de la restricción manual y física se necesita el uso de abrebocas.
H-4	Pacientes con severos problemas de manejo y no pueden ser tratados en el consultorio. Requieren anestesia general para ser tratados.

Clasificación del tratamiento dental para pacientes discapacitados basado en la tabla de Funakoshi, Kushida, Kanomi, Hieda. (Funakoshi et al, 1980)

H0	Tratamiento dental convencional.
H1	Tratamiento dental de prevención de caries, obturaciones de amalgama, obturaciones de resina, endodoncia, coronas preformadas, extracciones.
H2	Tratamiento dental de prevención de caries, endodoncias menores, coronas preformadas, extracciones.
H3	Tratamiento dental de prevención de caries, coronas preformadas (sin tratamientos pulpares), extracciones.
H4	Tratamiento dental de prevención de caries, tratamiento convencional bajo anestesia.

Tan Castañeda y Rodríguez Calzadilla elaboraron la siguiente clasificación de pacientes según grupos de enfermedades. (Castañeta Tan and Rodríguez Calzadilla, 2001)

Grupo I	Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas: diabéticos, cardiópatas, nefrópatas, con discrasias sanguíneas, epilépticos.
Grupo II	Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor: parapléjicos, cuadripléjicos, hemipléjicos.
Grupo III	Pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial: ciegos, sordos, sordomudos.
Grupo IV	Pacientes con retraso mental.

La Asociación Americana de Anestesiología utiliza la siguiente clasificación de acuerdo al estado físico tanto de un paciente aparentemente sano como en un paciente discapacitado. (Anesthesiologists, 2013)

ASA 1	Paciente normal y saludable no sometido a cirugía electiva.
ASA 2	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.
ASA 3	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, etc.
ASA 4	Paciente con enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida.
ASA 5	Paciente moribundo que no se espera que sobreviva sin la operación.
ASA 6	Paciente con muerte cerebral declarada cuyos órganos están siendo extraídos para donantes.

3. MARCO DE REFERENCIA

MARCO DE REFERENCIA

Una encuesta elaborada por Milano M y Seybold SV fue enviada a 334 miembros de la Academia de Odontología Pediátrica en Texas. El 61.9% de los miembros que contestaron la encuesta coincidieron en: 1) tenían una parte importante de su programa de formación dedicado a la atención de los pacientes especiales, 2) todos reportaron el tratamiento de algunos de los pacientes con necesidades especiales en su posición profesional, 3) la mayoría proporcionaba sedación consciente, anestesia general y complementos para el comportamiento de estos pacientes, 4) el reembolso financiero insuficiente era una de las principales razones citadas para no proporcionar servicios dentales a más de estos pacientes. (Milano and Seybold, 2002)

Existe evidencia científica en donde Weil TN e Inglehart MR estudiaron a los pacientes diagnosticados con trastornos del espectro autista (TEA) siendo el objetivo explorar las actitudes y comportamiento de dentistas generales y pediátricos hacia los pacientes con TEA. En conclusión, dado el número creciente de pacientes con TEA, es importante revisar los esfuerzos de educación dental dirigidas a la preparación de los futuros dentistas para atención dental en el tratamiento de pacientes con TEA y necesidades especiales. (Weil and Inglehart, 2010)

En el estudio realizado por Casamassimo, Seale y Ruehs, se analizó un subconjunto de datos de una encuesta nacional de dentistas generales llevadas a cabo en el 2001 para determinar el cuidado general de los niños con necesidades especiales de salud (CSHCN). Los dentistas dispuestos a ver CSHCN también eran más propensos a realizar los procedimientos asociados con necesidades especiales y las poblaciones marginadas del niño, incluyendo el manejo farmacológico y coronas de acero inoxidable. (Casamassino et al, 2004)

Existen muchos problemas bucodentales que se presentan en niños discapacitados, así como para su atención, por ejemplo: dificultad de mantener al paciente en posición para realizar el tratamiento (mantener la boca abierta, o mantener quietos a niños con desórdenes motores), falta de comunicación adecuada con pacientes con desórdenes mentales, necesidad de un manejo concentrado con los pacientes con enfermedades sistemáticas. (Ríos González and Silot Wilson, 2006)

Santos MT, Manzano FS estudiaron el comportamiento y la posición en el sillón dental de los pacientes con parálisis cerebral, para realizar el tratamiento dental de la forma más segura y eficiente en este tipo de pacientes. Las técnicas de manejo utilizadas fueron decir-mostrar-hacer, control de voz, la estabilización física, premedicación oral, una combinación de técnicas, y la anestesia general. Los resultados mostraron que el uso de la estabilización física fue la más efectiva y permitió el cuidado dental de los pacientes con parálisis cerebral a nivel de consulta externa. (Santos and Manzano, 2007)

Joseph L. Dicks realizó un estudio en donde compara el valor relativo de los aspectos visuales y verbales de la comunicación preoperatoria en pacientes con retraso mental; cada niño fue examinado con un espejo bucal y explorador y se utilizó aire y agua spray sin previa explicación. Se utilizó una escala similar a la de Frankl, de uno a seis grados, para juzgar la cooperación resultante en todo el estudio. Se dividieron en 3 grupos: A: verbal sin demostración, B: verbal con la demostración y C: verbal con la demostración de un modelo. Los resultados muestran que la cooperación de los sujetos en el grupo A fue significativamente menor que el promedio de la cooperación de los sujetos en ambos grupos B y C, siendo este último estadísticamente equivalente. (Dicks J, 1974)

La prevalencia y la gravedad de la maloclusión es especialmente alta en necesidades especiales particulares y casi todos tienen problemas de comportamiento de moderados a graves que dificultan la aplicación del tratamiento o incluso es imposible de lograr, con cierto grado de fiabilidad. Becker A, Shapira J, Chaushu S en su artículo analizan las dificultades y hacen recomendaciones sobre cómo pueden ser superadas y en su amplia experiencia en el tratamiento de estos individuos comprometidos. Se pone énfasis en el uso de las modalidades farmacológicas como los medios para proporcionar acceso terapéutico a muchos de los más difíciles pacientes. (Becker et al, 2009)

La sedación intravenosa se ha consolidado como una importante alternativa de la anestesia general (AG) y la sedación con óxido nitroso es una ayuda valiosa e indispensable en el tratamiento de pacientes con comportamiento desafiante, así como los que tienen discapacidad mental o en adultos y niños extremadamente ansiosos. Chaushu, Gozal y Becker realizaron este estudio con el fin de superar las dificultades que se encuentran en las citas de rutina durante el tratamiento dental de las personas con discapacidad. Los padres reportaron satisfacción y acuerdo general con dicha modalidad. La sedación intravenosa reduce significativamente el uso de AG y hace que el tratamiento sea disponible más fácilmente para un mayor número de personas de movilidad reducida. (Chaushu et al, 2002)

Loyola Rodríguez, Aguilera Morelos, Santos Díaz, Zavala Alonso, Dávila Pérez, Olvera Delgado, Patiño Marín y De León Cobian en su estudio encontraron el uso de diferentes alternativas para el tratamiento dental, de la anestesia general a las técnicas convencionales en pacientes afectados por parálisis cerebral (PC) en un entorno dental escolar. En el estudio la muestra se dividió en dos grupos: (1) los niños y (2) los adolescentes y adultos jóvenes, 38 pacientes (20 mujeres y 18 varones) con diagnóstico de PC fueron incluidos. Se concluyó que la anestesia general con sevoflurano, propofol y la sedación consciente es una excelente herramienta para proporcionar un tratamiento dental en pacientes con PC en un entorno dental escolar sin mayores complicaciones postoperatorias, tales como náuseas y vómitos. El 77.3% de los niños fueron clasificados como ASA II, con un nivel de comportamiento I y II según la escala de Frankl y estos pacientes fueron tratados bajo anestesia general. (Loyola Rodríguez et al, 2004)

Morales Chávez en su artículo menciona que existe deficiencia en el manejo y la aplicación de algunas de las estrategias para el abordaje conductual, como herramientas para el acondicionamiento de los pacientes en la consulta estomatopediátrica por lo que los porcentajes de pacientes sometidos a sedación y anestesia general aumentan cada día más. Como lo demuestran las investigaciones, la utilización de claves visuales con pacientes con discapacidad permite obtener grandes logros en la adquisición de nuevas conductas ya que garantiza la falla de memoria de secuencias de las actividades a realizar, común en estos niños, además que suelen aprender a través de la rutina y lo predecible, por eso el anteceder lo que va a suceder favorece el aprendizaje. (Morales Chávez, 2006)

Gutiérrez, L. H. menciona en su artículo que los refuerzos positivos como las muestras de cariño y los premios, así como el uso de música terapia pueden dar buenos resultados. Es muy importante tratar de desarrollar técnicas de manejo de conducta para los pacientes con autismo y así tratar de evitar la sedación y anestesia general, que implican siempre un riesgo para la salud de estos niños. (Gutiérrez, 2008)

Ransford NJ et al. realizaron un estudio en el cual evaluaron la técnica de sedación con midazolam intranasal combinado con intravenoso en pacientes adultos con capacidades diferentes, utilizaron esta técnica debido a la falta de cooperación por parte de los pacientes, proporcionan la efectividad, seguridad y aceptabilidad de esta técnica. Sugieren utilizar sedación como parte del espectro de la ansiedad y el manejo de la conducta en este grupo de pacientes. (Ransford et al 2010)

Raposa KA. Estudio los trastornos intelectuales y de desarrollo que pueden afectar gravemente a un paciente, la capacidad para comunicarse y socializar. Las personas con estos trastornos suelen tener formas poco comunes de aprendizaje y reaccionar a diferentes sensaciones, los síntomas pueden ser desde muy leve a muy grave. (Raposa, 2009)

En un estudio realizado por Grant E et al. utilizaron estrategias y factores ambientales de apoyo para la salud bucal de las personas con discapacidad. Las estrategias comunes expresadas en las entrevistas incluyeron "darle una oportunidad"; facilitar experiencias positivas; tomar todo el tiempo que sea necesario; respetar y fomentar la elección de decisiones; la puntualidad y la frecuencia de las citas dentales; la comunicación entre los trabajadores de apoyo, los dentistas y la persona con retraso mental; la resolución de problemas; así como ayudar a la persona con discapacidad para aprender habilidades y la desensibilización. (Grant E et al, 2004)

Cheen y Loo et al. en su estudio del manejo de conducta en el tratamiento dental de los pacientes con trastorno autista, los pacientes jóvenes eran los más cooperadores. El uso de la estabilización se asoció con caries menores, la presencia de convulsiones, falta de cooperación, el sexo masculino, o la residencia en un hogar de grupo / institución. (Cheen y Loo et al, 2009)

Amira A. El Khatib et al. estudiaron el estado de salud oral y las conductas de los niños autistas. Ellos utilizaron 2 grupos, el grupo de los pacientes autistas y un grupo control de pacientes regulares, en los cuales demostraron que los niños con TEA tenían condiciones pobres de higiene oral que los niños. No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de la caries o la experiencia en la dentición temporal o permanente. Más niños con TEA tuvieron mal comportamiento que los controles sanos y tenían dificultades para acceder a la atención dental. (Amira et al, 2013)

Cruz Chu et al. En su estudio evaluaron el empleo de la música como una herramienta en la modificación de la conducta del niño, a fin de obtener un mayor grado de colaboración durante el tratamiento dental. La muestra estuvo constituida por 50 niños de 3 a 9 años de edad. Los resultados no mostraron diferencias significativas en la conducta de los niños hacia el tratamiento dental, los niños que recibieron música presentaron un mayor porcentaje de satisfacción del tratamiento. (Cruz Chu et al, 2005)

4. MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Universo de estudio

Los pacientes con capacidades diferentes tanto físicas y mentales de 5 a 25 años de edad cronológica que acudieron la clínica de pacientes con discapacidad física y mental al Posgrado de Odontopediatría de la UANL en el período de Agosto de 2013- Abril de 2014

4.2 Tamaño de Muestra

Dado que se establecieron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación y determinando que fue elegido el total de pacientes con capacidades diferentes que asistieron a la Clínica de Odontopediatría en el período de tiempo establecido para el estudio, el protocolo contó con la suficiencia para ser determinado como un estudio censal.

El estudio censal descriptivo permitió hacer un recuento de los pacientes que conforman una población de pacientes con las características establecidas, en el Posgrado de Odontopediatría, que fueron el conjunto de elementos de referencia sobre el que se realizarán las observaciones definidas.

Establecidas estas características se consideró el total de pacientes que se presentaron en la clínica sin necesidad de la aplicación de una fórmula estadística para determinar el tamaño de la muestra, dadas las características específicas del estudio.

4.3 Criterios de selección

4.3.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con capacidades diferentes tanto físicas como mentales que asistieron a la clínica de pacientes con discapacidad en el Posgrado de Odontopediatría.
- Género masculino o femenino.
- Edad entre 5 a 25 años de edad cronológica.
- Pacientes que acudieron por primera vez al dentista.

4.3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con discapacidad física y mental que por su condiciones de salud física y mental requirieran para su tratamiento anestesia general.
- Pacientes que fueron atendidos anterioridad.

4.3.3 Criterios de eliminación:

- Pacientes con capacidades diferentes que durante el tratamiento sufrieron complicaciones de salud y requirieron de hospitalización continua o muerte.
- Pacientes que por su situación económica no tuvieran acceso de acudir a la clínica dental.

4.4 Variables

4.4.1 Variables dependientes:

- Discapacidad: se utilizó la escala de clasificación de Tan Castañeda y Rodríguez Calzadilla de pacientes según grupos de enfermedades la cual se dividió en 4 grupos; tambien se utilizo la escala de la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA).
- Comportamiento de los pacientes: se midió con la escala de clasificación para los pacientes discapacitados H0, H1, H2, H3 y H4 elaborada por Funakoshi, Kushida, Kanomi, Hieda.

4.4.2 Variables independientes

- Edad: fue medida con la escala cuantitativa que se evaluó con años cumplidos a la fecha de la encuesta
- Género: fue medido con la escala cualitativa que se evaluó según la respuesta en la encuesta del responsable del paciente.

4.5 Descripción de Procedimientos

Se observó la respuesta del comportamiento en el manejo de conducta dental de 20 pacientes masculinos y/o femeninos con capacidades diferentes tanto físicas como mentales que asistieron a la clínica de pacientes con capacidades diferentes del Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el período de Agosto 2013-Abril 2014.

Previamente se les dio a los padres o responsable directo del niño una hoja de consentimiento informado en la cual autorizó la participación de su hijo (a) en este estudio.

La evaluación fue llenada en una hoja de recolección de datos por el operador en la cual se especificó los puntos a medir considerando las diferencias en el comportamiento infantil en la primera cita y la cita subsecuente, utilizando la clasificación para los pacientes discapacitados elaborada por Funakoshi, Kushida, Kanomi, Hieda.

Los puntos que se consideraron en la evaluación fueron sexo, edad, discapacidad, de acuerdo al grupo de clasificación de enfermedades elaborada por Tan Castañeda y Rodríguez Calzadilla, así como la técnica de manejo de conducta utilizada en la primera cita y la cita subsecuente, en la cual se valoró el comportamiento del paciente durante ambas citas, antes de aplicar la técnica de manejo, durante la utilización de instrumentos rotatorios y después de utilizar la técnica de manejo de conducta.

Para identificar el grado de cooperación del paciente en el sillón dental y poder elegir la técnica de conducta ideal para atender a nuestro paciente, se utilizó la Escala de Glaswold como un método auxiliar. Los parámetros de esta escala se dividen en tres grupos puntuables de manera independiente que evalúan la apertura ocular sobre 4 puntos, la respuesta verbal sobre 5 y la respuesta motora sobre 6, siendo la puntuación máxima y normal 15 y la mínima 3. Clasificando los trastornos como graves (menor a 9), moderados (9-13) y leves (14-15).

Al llegar el paciente por primera vez, es pasado a la clínica de pacientes con capacidades diferentes del Posgrado de Odontopediatría y lo primero que se realiza es medir mediante la Escala de Glasgow el grado de cooperación y funcionalidad del paciente, la cual sirvió para elegir la técnica de manejo dental que se utilizó en dicha cita y se registró en la hoja de recolección de datos. En la cita subsecuente se observó nuevamente el comportamiento del paciente y la cooperación de acuerdo a la técnica de manejo dental que fue elegida por el operador en dicha cita.

La asociación entre las variables se midió con un coeficiente de Chi cuadrada con una confiabilidad de 95% y un valor $P < 0.05$.

La hoja de recolección de datos y el consentimiento informado se encuentran en la sección de anexos. (A y B)

5. RESULTADOS

RESULTADOS

De los pacientes con capacidades diferentes tanto físicas como mentales se obtuvieron los resultados que se escriben a continuación.

En la tabla 1 del total de pacientes de la muestra, el 60% era del género femenino y el 40% del género masculino, correspondiendo al grupo de edad con mayor número de porcentaje es de 5 a 9 años con un porcentaje del 65%.

En la tabla 2 del total de pacientes con capacidades diferentes que acudieron al posgrado de odontopediatría el 30% presentaban Síndrome Down y el 20% retraso psicomotor y el 50% restante esta constituido por 9 diferentes síndromes. ($p=0.429$)

La tabla 3 muestra que el comportamiento predominante en la primera cita antes de aplicar la técnica de manejo de conducta fue cooperador con un 35%, seguido de pacientes poco cooperadores con un 15%, solo se presentó un caso de pacientes en el cual se utilizó restricción física correspondiendo al 5%.

En la tabla 4 muestra que el comportamiento más relevante en la primera cita después de la técnica de manejo de conducta fue cooperador con un 45%; utilizando las técnicas decir, mostrar, hacer; con un 30% y reforzamiento positivo con un 15%, al igual se obtuvo un 45% de pacientes poco cooperadores, obteniendo un 5% de pacientes no cooperadores en el cual se utilizó restricción manual y física por parte del asistente, así como el 5% restante en el que aparte de la restricción manual y física se necesito el uso de abrebocas.

La tabla 5 muestra que el comportamiento más frecuente del paciente al momento de utilizar instrumentos rotatorios fue cooperador utilizando la técnica decir, mostrar y hacer con un 35%, seguido de pacientes no cooperadores utilizando restricción manual con 30%, y se utilizó restricción física con un 20%, siendo el resultado más bajo un 15% en pacientes poco cooperadores al ser renuentes a recibir el tratamiento, utilizando las técnicas de decir, mostrar, hacer y control de voz. Del total obtenido el 50% tuvo un buen comportamiento y el otro 50% de pacientes no cooperadores al utilizar instrumentos rotatorios.

En la tabla 6 se observa que el comportamiento más predominante en la segunda cita antes de aplicar la técnica de manejo de conducta fue cooperador con un 65%, seguido de pacientes poco cooperadores con un 35%.

En la tabla 7 muestra que el comportamiento más relevante en la segunda cita después de la técnica de manejo de conducta fue cooperador con un 65%, se obtuvo un 30% de pacientes poco cooperadores y finalmente se obtuvo un 5% de pacientes no cooperadores.

La tabla 8 muestra que el comportamiento más frecuente del paciente al momento de utilizar instrumentos rotatorios fue cooperador con un 35%, utilizando las técnicas decir, mostrar y hacer, control de voz y reforzamiento positivo, seguido de pacientes no cooperadores utilizando restricción física con 30%, seguido por pacientes poco cooperadores con un 25% en el cual se utilizaron las técnicas de decir, mostrar, hacer, reforzamiento positivo y restricción física. Siendo el resultado más bajo un 10% en pacientes no cooperadores utilizando restricción manual. Del total el 60% tuvo un comportamiento cooperador y el 40% un comportamiento no cooperador. De la primera a la segunda.

En la tabla 9 del total de pacientes con capacidades diferentes que acudieron al Posgrado de Odontopediatría el 95% eran pacientes ASA III pacientes con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante; presentando un nivel de conciencia de leve a moderado con un 90%, siendo el ASA IV pacientes con enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida el más bajo con un 5%, presentando un nivel de conciencia grave. ($p=0.009$)

En la tabla 10 del total de pacientes que acudieron el 75% pertenecían al grupo IV siendo estos pacientes con retraso mental, el resultado más bajo fue el grupo III con pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial: ciegos, sordos, sordomudos. Es posible determinar que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables presentadas ($p=0.002$).

En la tabla 11 se observó, mediante una prueba t de diferencia de proporciones, que es posible determinar que no existe diferencia entre la proporción de pacientes cooperadores en la primera cita al compararlos con la segunda cita ($p= 0.2643$).

6. DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El buen comportamiento del paciente pediátrico constituye un elemento fundamental para éxito del tratamiento. Que esto incluye la adquisición de la destreza de técnicas dirigidas a la comunicación, educación y modificación positiva del comportamiento del niño durante la consulta dental. Si bien así es importante el manejo de conducta en un paciente sano, con más énfasis e interés debemos de realizar este manejo de conducta en pacientes que presenten alguna discapacidad. Por lo que el interés de realizar este estudio se enfocó en la importancia de conocer la conducta que presentan los niños con capacidades diferentes en su primera visita y en la visita subsecuente; así como las técnicas de manejo que se utilizaron en dichas citas.

Las observaciones que se realizaron fueron en 20 pacientes con capacidades diferentes que acudían por primera vez al Posgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UANL, niños y adolescentes de género masculino o femenino con una edad entre 5 a 25 años. Se desarrolló un estudio clínico observacional; los niños que cumplieron con los criterios de inclusión fueron observados por un solo operador y de forma individual para cada paciente en las variables: discapacidad, comportamiento, edad y género. Se decidió realizar las observaciones en la conducta del niño con la clasificación de Funakoshi, Kushida, Kanomi, Hieda, la cual se mide por la cooperación del paciente al momento de realizar un procedimiento dental.

Ransford NJ et al. realizaron un estudio en el cual evaluaron la técnica de sedación con midazolam intranasal combinado con intravenoso en pacientes adultos con capacidades diferentes, utilizaron esta técnica debido a la falta de cooperación por parte de los pacientes, proporcionan la efectividad, seguridad y aceptabilidad de esta técnica. Sugieren utilizar sedación como parte del espectro de la ansiedad y el manejo de la conducta en este grupo de pacientes. Se revisaron pacientes pediátricos y adolescentes de 5 a 25 años con capacidades diferentes tanto físicas como mentales que acudieron al Posgrado de Odontopediatría, utilizando las técnicas de manejo de conducta convencionales antes de recurrir a las técnicas de sedación y anestesia general. (Ransford et al, 2010)

Raposa KA. Estudio los trastornos intelectuales y de desarrollo que pudieran afectar gravemente a un paciente, su capacidad para comunicarse y socializar. Las personas con estos trastornos suelen tener formas poco comunes de aprendizaje y reaccionar a diferentes sensaciones, los síntomas pueden ser desde muy leve a muy grave. En el presente trabajo se utilizó la Escala de Glasgow como método auxiliar para evaluar a los pacientes con capacidades diferentes tanto física como mental y poder identificar el grado de conciencia y cooperación que el paciente brindará en la consulta dental para así elegir la técnica de conducta dental ideal y poder atender a este tipo de pacientes, se obtuvo un nivel de conciencia de leve a moderado con un 90% con el cual se pudo obtener una manera más fácil de comunicarnos y socializar con el paciente. (Raposa, 2009)

En el estudio realizado por Grant E et al. utilizaron estrategias y factores ambientales de apoyo para la salud bucal de las personas con discapacidad. Las estrategias comunes expresadas en las entrevistas incluyeron "darle una oportunidad"; facilitar experiencias positivas; tomar todo el tiempo que sea necesario; respetar y fomentar la elección de decisiones; la puntualidad y la frecuencia de las citas dentales; la comunicación entre los trabajadores de apoyo, los dentistas y la persona con retraso mental; la resolución de problemas; así como ayudar a la persona con discapacidad para aprender habilidades y la desensibilización. Coincidiendo con este estudio al utilizar diversas técnicas de manejo de conducta dental para así ir eliminando el miedo y fomentar la confianza los pacientes con capacidades diferentes tanto físicas como mentales hacia nosotros los odontopediatras. (Grant E et al, 2004)

Cheen y Loo et al. en su estudio del manejo de conducta en el tratamiento dental de los pacientes con trastorno autista, los pacientes jóvenes eran los más cooperadores. El uso de la estabilización se asoció con caries menores, la presencia de convulsiones, falta de cooperación, el sexo masculino, o la residencia en un hogar de grupo / institución. Sin importar el sexo, la presencia de convulsiones o la residencia del paciente, utilizamos la técnica de restricción física en pacientes en los cuales no cooperaban dándonos así un mejor campo de trabajo. (Cheen y Loo et al, 2009)

Amira A. El Khatib et al. estudiaron el estado de salud oral y las conductas de los niños autistas. Ellos utilizaron 2 grupos, el grupo de los pacientes autistas y un grupo control de pacientes regulares, en los cuales demostraron que los niños con TEA tenían condiciones pobres de higiene oral que los niños. No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de la caries o la experiencia en la dentición temporal o permanente. Más niños con TEA tuvieron mal comportamiento que los controles sanos y tenían dificultades para acceder a la atención dental. Los datos observados en el presente estudio no incluyen la comparación de pacientes con capacidades diferentes y pacientes sanos, ya que son totalmente diferentes y el comportamiento que van a referir va a variar por la afección mental que presentan los pacientes. (Amira et al, 2013)

Santos MT y Manzano FS estudiaron el comportamiento y la posición en el sillón dental de los pacientes con parálisis cerebral, para realizar el tratamiento dental de la forma más segura y eficiente en este tipo de pacientes. Las técnicas de manejo utilizadas fueron decir-mostrar-hacer, control de voz, la estabilización física, premedicación oral, una combinación de técnicas, y la anestesia general. Los resultados mostraron que el uso de la estabilización física fue la más efectiva y permitió el cuidado dental de los pacientes con parálisis cerebral a nivel de consulta externa. A diferencia de este estudio en el cual se utilizó más la técnica de decir- mostrar- hacer, fue la más efectiva y permitió la cooperación de los pacientes con capacidades diferentes. (Santos and Manzano, 2007)

Chaushu, Gozal y Becker realizaron un estudio con el fin de superar las dificultades que se encuentran en las citas de rutina durante el tratamiento dental de las personas con discapacidad. En donde reporta que la sedación intravenosa reduce significativamente el uso de AG y hace que el tratamiento sea disponible más fácilmente para un mayor número de personas con capacidades diferentes. Los resultados de este estudio muestran que se pueden realizar procedimientos dentales a pacientes con capacidades diferentes tanto física como mental utilizando las técnicas de manejo de conducta tradicionales, siendo la más utilizada con éxito la técnica decir- mostrar- hacer, esto beneficia a los pacientes ya que no necesariamente se tiene que utilizar sedación intravenosa a pacientes con capacidades diferentes como lo mencionan Chaushu et al. (Chaushu et al, 2002)

Nuestro estudio concuerda con los resultados obtenidos por Joseph L. Dicks quien realizó un estudio en donde compara el valor relativo de los aspectos visuales y verbales de la comunicación preoperatoria en pacientes con retraso mental. En nuestro estudio demostramos que la técnica más utilizada al momento de trabajar con los pacientes con capacidades diferentes tanto física como mental con un rango de edad de 5 a 25 años de edad cronológica fue decir- mostrar- hacer, ya que los pacientes mostraron un mejor comportamiento al mostrar y explicar el tratamiento que se le iba a realizar en la cita dental. Al igual que Dicks verificamos que este tipo de pacientes se pueden atender en el sillón dental sin la necesidad de someterlos a restricción física o sedación oral. (Dicks, 1974)

Loyola Rodríguez et al. en su estudio el 77.3% de los niños fueron clasificados como ASA II, con un nivel de comportamiento I y II según la escala de Frankl y estos pacientes fueron tratados bajo anestesia general. A comparación de este estudio en el cual el 95% de los pacientes atendidos fueron clasificados ASA III y fueron atendidos en sillón dental, ni la necesidad de utilizar anestesia general. (Loyola Rodríguez et al, 2004)

Cruz Chu et al. En su estudio evaluaron el empleo de la música como una herramienta en la modificación de la conducta del niño, a fin de obtener un mayor grado de colaboración durante el tratamiento dental. La muestra estuvo constituida por 50 niños de 3 a 9 años de edad. Los resultados no mostraron diferencias significativas en la conducta de los niños hacia el tratamiento dental, los niños que recibieron música presentaron un mayor porcentaje de satisfacción del tratamiento. Obteniendo en este estudio una mejor cooperación por parte de los pacientes con la técnica de decir-mostrar- hacer sin tener que implementar música al paciente para poder lograr su cooperación, siguiendo así los lineamientos de las técnicas de manejo de conducta que se encuentran en la literatura de la Asociación Americana de Odontología Pediátrica. Siendo más efectivos estos, ya que nos funcionan no solo con pacientes sanos, sino también con pacientes con capacidades diferentes tanto física como mental. (Cruz Chu et al, 2005)

7.CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. De las 5 técnicas de manejo dental aplicadas a los pacientes con capacidades diferentes tanto física como mental que acudieron al Posgrado de Odontopediatría mostraron un mejor comportamiento al aplicar la técnica de decir- mostrar- hacer, mostrando una mayor seguridad al interactuar con ellos ya que permite que el paciente conozca y se familiarice con el procedimiento dental antes de realizarlo.
2. Se observó mediante la prueba t de diferencia de proporciones ($p= 0.2643$) que no existe diferencia entre la proporción de pacientes cooperadores en la primera cita al compararlos con la segunda cita.
3. A pesar de su discapacidad tanto física como mental, estos pacientes no están limitados para utilizar los servicios odontológicos, más bien, es la falta de conocimiento y entrenamiento de los odontólogos y/o especialistas para la atención a pacientes con capacidades diferentes en el consultorio dental.
4. Es importante que el paciente con capacidades diferentes tanto física como mental se tome el tiempo para adaptarse al ambiente y al personal, ya que ellos retienen más fácilmente de manera visual que de manera verbal.

8. TABLAS

Tabla 1

Edad y género de los pacientes, Posgrado de Odontopediatría, Mayo de 2014

	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
5 a 9	8	40.00	5	25.00	13	65.00
10 a 14	2	10.00	1	5.00	3	15.00
15 a 19	2	10.00	0	0.00	2	10.00
20 a 24	0	0.00	2	10.00	2	10.00
Total	12	60.00	8	40.00	20	100

Tabla 2

Tipo de discapacidad y nivel, Posgrado de Odontopediatría, Mayo de 2014

	Grave		Moderado		Leve		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AUTISMO	0	0.00	1	5.00	0	0.00	1	5.00
AUTISMO FUNCIONAL	0	0.00	0	0.00	1	5.00	1	5.00
HIDROCEFALIA	1	5.00	0	0.00	0	0.00	1	5.00
PCI – HIPOACUSIA	0	0.00	1	5.00	0	0.00	1	5.00
RETRASO MENTAL	0	0.00	1	5.00	1	5.00	2	10.00
RETRASO PSICOMOTOR	1	5.00	1	5.00	2	10.00	4	20.00
RETRASO PSICOMOTOR - DAÑO NEUROLÓGICO	0	0.00	0	0.00	1	5.00	1	5.00
SÍNDROME DE KABUKI	0	0.00	0	0.00	1	5.00	1	5.00
SÍNDROME DE MARFAN	0	0.00	0	0.00	1	5.00	1	5.00
SÍNDROME DE SILVER RUSSEL	0	0.00	1	5.00	0	0.00	1	5.00
SÍNDROME DOWN	0	0.00	4	20.00	2	10.00	6	30.00
Total	2	10.00	9	45.00	9	45.00	20	100

X²=20.46, p=0.429

Tabla 3

Comportamiento del paciente en la primera cita antes de aplicar la técnica de manejo y técnica de conducta en la cita 1, Posgrado de Odontopediatría, Mayo de 2014

	H0		H1		H2		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
1	7	35.00	2	10.00	1	5.00	10	50.00
2	0	0.00	1	5.00	0	0.00	1	5.00
3	0	0.00	1	5.00	0	0.00	1	5.00
4	3	15.00	2	10.00	0	0.00	5	25.00
5	1	5.00	2	10.00	0	0.00	3	15.00
Total	11	55.00	8	40.00	1	5.00	20	100

Tabla 4

Comportamiento del paciente en la primera cita después de aplicar la técnica de manejo y técnica de conducta en la cita 1, Posgrado de Odontopediatría, Mayo de 2014

	H0		H1		H2		H3		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1	6	30.00	2	10.00	1	5.00	1	5.00	10	50.00
2	0	0.00	1	5.00	0	0.00	0	0.00	1	5.00
3	0	0.00	1	5.00	0	0.00	0	0.00	1	5.00
4	3	15.00	2	10.00	0	0.00	0	0.00	5	25.00
5	0	0.00	3	15.00	0	0.00	0	0.00	3	15.00
Total	9	45.00	9	45.00	1	5.00	1	5.00	20	100

Tabla 5

Comportamiento del paciente en la primera cita al momento de utilizar los instrumentos rotatorios y técnica de conducta en la cita 1, Posgrado de Odontopediatría, Mayo de 2014

	H0		H1		H2		H3		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1	4	20.00	2	10.00	3	15.00	1	5.00	10	50.00
2	0	0.00	1	5.00	0	0.00	0	0.00	1	5.00
3	0	0.00	0	0.00	1	5.00	0	0.00	1	5.00
4	3	15.00	0	0.00	1	5.00	1	5.00	5	25.00
5	0	0.00	0	0.00	1	5.00	2	10.00	3	15.00
Total	7	35.00	3	15.00	6	30.00	4	20.00	20	100

Tabla 6

Comportamiento del paciente en la primera cita antes de aplicar la técnica de manejo y técnica de conducta en la cita 2, Posgrado de Odontopediatría, Mayo de 2014

	H0		H1		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	8	40.00	2	10.00	10	50.00
2	2	10.00	0	0.00	2	10.00
3	0	0.00	1	5.00	1	5.00
4	2	10.00	1	5.00	3	15.00
5	1	5.00	3	15.00	4	20.00
Total	13	65.00	7	35.00	20	100

Tabla 7

Comportamiento del paciente en la primera cita después de aplicar la técnica de manejo y técnica de conducta en la cita 2, Posgrado de Odontopediatría, Mayo de 2014

	H0		H1		H2		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	8	40.00	1	5.00	1	5.00	10	50.00
2	2	10.00	0	0.00	0	0.00	2	10.00
3	0	0.00	1	5.00	0	0.00	1	5.00
4	2	10.00	1	5.00	0	0.00	3	15.00
5	1	5.00	3	15.00	0	0.00	4	20.00
Total	13	65.00	6	30.00	1	5.00	20	100

Tabla 8

Comportamiento del paciente en la primera cita al momento de utilizar los instrumentos rotatorios y técnica de conducta en la cita 2, Posgrado de Odontopediatría, Mayo de 2014

	H0		H1		H2		H3		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1	4	20.00	2	10.00	1	5.00	3	15.00	10	50.00
2	1	5.00	1	5.00	0	0.00	0	0.00	2	10.00
3	0	0.00	0	0.00	1	5.00	0	0.00	1	5.00
4	2	10.00	1	5.00	0	0.00	0	0.00	3	15.00
5	0	0.00	1	5.00	0	0.00	3	15.00	4	20.00
Total	7	35.00	5	25.00	2	10.00	6	30.00	20	100

Tabla 9

Clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología y nivel, Posgrado de Odontopediatría, Mayo de 2014

	Grave		Moderado		Leve		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ASA 2	1	5.00	9	45.00	9	45.00	19	95.00
ASA 3	1	5.00	0	0.00	0	0.00	1	5.00
Total	2	10.00	9	45.00	9	45.00	20	100

$X^2=9.47$, $p=0.009$

Tabla 10

Clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología y nivel, Posgrado de Odontopediatría, Mayo de 2014

	Grave		Moderado		Leve		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo I: Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas: diabéticos, cardiopatas, nefrópatas, con discrasias sanguíneas, epilépticos.	0	0.00	1	5.00	1	5.00	2	10.00
Grupo II: Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor: parapléjicos, cuadripléjicos, hemipléjicos.	2	10.00	0	0.00	0	0.00	2	10.00
Grupo III: Pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial: ciegos, sordos, sordomudos.	0	0.00	0	0.00	1	5.00	1	5.00
Grupo IV: Pacientes con retraso mental.	0	0.00	8	40.00	7	35.00	15	75.00
Total	2	10.00	9	45.00	9	45.00	20	100.00

$X^2=21.18$, $p=0.002$

Tabla 11

Clasificación de nivel de cooperación entre la cita 1 y cita 2. Posgrado de Odontopediatría, Mayo de 2014

	Cooperador		No Cooperador		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cita 1	10	50%	10	50%	20	100
Cita 2	12	60%	8	40%	20	100
Prueba	t= 0.6389		p= 0.2643			

9. LITERATURA CITADA

LITERATURA CITADA

AAPD. (2008). *Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient* (Vol. 31). Reference Manual.

Abanto J.A., Rezende KMPC; Bönecker M, Corrêa FNP, Corrêa MSNP (2010). *Propuestas no Farmacológicas de manejo del comportamiento en niños*. Revista Estomatol Heredina. 20(2):101-106.

Amira A, El Khatib, Magda M. El Tekeya, Maha A. El Tantawi, Tarek Omar. (2013). *Oral health status and behaviours of children with autism spectrum disorder: a case control study*. *International Journal of Pediatric Dentistry* . DOI: 10.1111/ipd.12067

Anesthesiologists; (2013). ASA Physical Status Classification System.

Barrios Lambruschini D, Chinchay Mestanza, L, Cuzcano Díaz, M, Vargas Quispe H, Tokuchi V., Akira C., Quintana del Solar, C. (2009). *Manejo conductual del paciente bebé y pacientes especiales, mediante técnicas psicológicas y de restricción física*. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Becker A, Shapira J, Chaushu S (2009). *Orthodontic treatment for the special needs child*. *Prog Orthod* . 10(1):34-47.

Casamassino PS., Seale NS, Ruehs K. (2004). *General dentist's perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs* . *J Dent Educ* . 68(1):23.

Castañeta Tan N, Rodríguez Calzadilla A (2001). *Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral*. *Revista Cubana Estomatol* , 38(3):181-91.

Chaushu S, Gozal D, Becker A (2002). *Intravenous sedation: an adjunct to enable orthodontic treatment for children with disabilities*. *Eur J Orthod* . 24(1):81-9.

Cheen y Loo, Graham RM, Hughes CV; (2009). *Behavior guidance in dental treatment of patients with autism spectrum disorder. International Journal of Pediatric Dentistry* , 19, 390-398.

Cruz Chu CM, Díaz Pizán, M. E. (2005). *La música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental. Rev. Estomatol Heredina*. 15(1), 46-49.

Demicheri, R. A. (2008). *El paciente especial discapacitado*.

Dicks, J. (1974). *Efeccts of different communication technique on the cooperation of the mentally retarded child during dental procedures. Journal dentistry for children* .

Donat, S. (2011). *Manual de manejo odontológico en el paciente discapacitado psíquico*. España: Procter&Gamble España S.A.

Funakoshi, Kushida, Kanomi, Hieda (1980). *Dental Management of handicapped children. Journal of pedodontics* .

García Martínez, M. E (2010). *Conducta de los niños en la consulta odontopediátrica y su ambiente familiar*. Doctoral Disssertation., Universidad de Granda, España.

González Umaña L. (2005). *Restricción física en odontología. Latindex.UCR., volumen 7*.

Grant E, Carlson G, Cullen-Erickson M (2004). *Oral health for people with intellectual disability and high support needs: positive outcomes. Spec Care Dentist*. 24(2):70-9.

Gutiérrez, L. H. (2008). *Manejo del paciente autista en el consultorio odontológico*. Lima Perú. 7(2),34.

Islas, A. G., Vidrio G. E. P., Aguirre A. H (2007). *Evaluación de la ansiedad y la percepción de os padres ante diferentes técnicas de manejo de conducta utilizadas por el odontopediatra comparando tres métodos de información*. (Vol. 11). Revista Odontológica Mexicana135-139.

Jiménez Salinas, S. (2011). *Estudio de las técnicas de manejo de conducta implementadas en los programas de educación superior de odontología pediátrica en México*. Doctoral Dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo Leon.

Loyola Rodríguez JP, Aguilera Morelos A. A, Santos Díaz M.A, Zavala Alonso V, Dávila Pérez C, Olvera Delgado H, Patiño Marin N, De León Cobian I.. (2004). *Oral rehabilitation under dental general anesthesia, conscioussedation and conventional techniques in patients affectetd by cerebral palsy*. *J Clin Pediatric Dent* . 28(4):279-84.

Milano M, Seybold S. V. (2002). *Dental care for special needs patients: a survey of Texas pediatric dentist*. *ASDC J Dent Child* . May-Aug;69(2):212-5, 126.

Morales Chávez , M. (2008). *Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en una población de pacientes con parálisis cerebral infantil*. *Acta odontológica Venezolana. Volumen 46 No 1*

Morales Chávez, M. (2006). *Abordaje Conductual del Paciente Autista en la Consulta Estomatopediátrica*. *Rev. Europea de Odontoestomatología* .

Nava Aguado V, Fragoso Ríos R. (2012). *Utilización del consentimiento de informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual; explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental*. *Revista Odontológica Mexicana*, 16, 242-251.

Pardo Aldave K, Díaz Pizán ME; Villegas Vilchez LF; Bernabé Ortiz E.; (2009). *Efecto del extracto etanólico de Melissa officinalis (toronjil) en la modificación de la conducta del niño ansioso en la consulta dental*. *Rev. Estomatol Heredina* , 19(2): 91-95.

Ransford NJ, Manley MC, Lewis DA, SA Thompson, Wray LJ, Boyle CA, Longman LP (2010). *Intranasal/intravenous sedation for dental care of adults with severe disabilities: a multicentre prospective audit*. *Br Dent J Jun*;. 208 (12):565-9.

Raposa, K. (2009). *Behavior managment for patients with intellectual and developmental disorders*. *Dent Clin North Am*;53(2):359-73

Ríos González, Silot Wilson, (2006). *Paciente discapacitado. Normas para su atención en odontología. Universidad Medica de Santiago de Cuba .*

Rodríguez Vázquez, Silvio C. (2009). *Técnicas de atención y control de conducta de conducta en el paciente infantil. Revista Escuela de Odontología de la Universidad Latina de Costa Rica. Año 7. Volumen 2.*

Santos MT, Manzano FS. (2007). *Assistive stabilization based on the neurodevelopmental treatment approach for dental care in individuals with cerebral palsy. Quintessence Int . 38(8):681-7*

Soto R.M., Reyes DD. (2005). *Manejo de las emociones del niño en la consulta odontológica. Caracas, Venezuela: Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría.*

Weil TN, Inglehart MR. (2010). *Dental education and dentist's attitudes and behavior concerning patients with autism. J Dent Educ . 74(12):1294-307*

ANEXO A



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA



Nombre del paciente: _____ No. de Px _____

Edad: _____ Género: _____ Tipo de
Discapacidad: _____

Paciente ASA: _____

	Grupo I: pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Pacientes diabéticos, Pacientes cardiopatas, Pacientes nefrópatas, Pacientes con discrasias sanguíneas, Pacientes epilépticos		Grupo II: pacientes con enfermedades que provocan déficit motor: Parapléjicos, Cuadripléjicos, Hemipléjicos
	Grupo III: pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial: Ciegos, Sordos, Sordomudos.		Grupo IV: pacientes con retraso mental.

Técnicas de manejo de conducta:

1. Decir-mostrar-hacer 2. Control de voz 3. Modelamiento 4. Reforzamiento positivo 5. Restricción física

Técnica de manejo utilizada durante la primera cita: _____

Comportamiento del paciente en la primera cita antes de aplicar la técnica de manejo:

A) H-0 B) H-1 C) H-2 D) H-3 E) H-4

Comportamiento del paciente en la primera cita después de aplicar la técnica de manejo:

A) H-0 B) H-1 C) H-2 D) H-3 E) H-4

Comportamiento del paciente al momento de utilizar instrumentos rotatorios:

A) H-0 B) H-1 C) H-2 D) H-3 E) H-4

Técnica de manejo utilizada durante la cita subsecuente: _____

Comportamiento del paciente antes de aplicar la técnica de manejo:

A) H-0 B) H-1 C) H-2 D) H-3 E) H-4

Comportamiento del paciente después de aplicar la técnica de manejo:

A) H-0 B) H-1 C) H-2 D) H-3 E) H-4

Comportamiento del paciente al momento de utilizar instrumentos rotatorios:

A) H-0 B) H-1 C) H-2 D) H-3 E) H-4

Escala de Glasgow

Apertura ocular:	
Espontánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal:	
Orientado	5
Confuso	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No responde	1
Respuesta motora	
Cumple órdenes expresadas por voz	6
Localiza el estímulo doloroso	5
Retira ante el estímulo doloroso	4
Respuesta en flexión (postura de decorticación)	3
Respuesta en extensión (postura de descerebración)	2
No responde	1
Total	

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARO:

Que la Dra. Gabriela Jiménez Herrera me ha explicado el estudio en el que mi hijo(a) _____ es candidato a participar para poder evaluar el comportamiento que presenta al momento del tratamiento dental, utilizando las diferentes técnicas de manejo de conducta. Para así poder brindarle un mejor trato y manejo dental debido a la capacidad diferente que presenta.

CONSIENTO

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, y en tales condiciones.

Monterrey, Nuevo León a los _____ días del mes de _____ del 20__

Nombre y firma del padre o tutor

Dra. Gabriela Jiménez Herrera

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo